

# **Criterios Médicos del Servicio**

SUSTENTADOS POR LA BIBLIOGRAFÍA MÉDICA

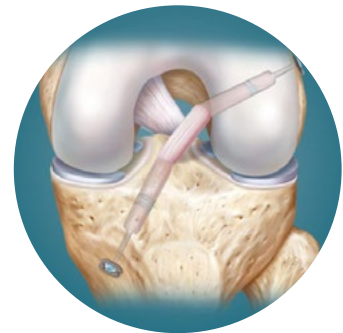
## Cartílago articular



## La rodilla se comporta como un órgano

La **rodilla** está formada por un conjunto de tejidos (**hueso, cartílago, membrana sinovial, meniscos y ligamentos**) que cumplen una determinada función. Estos tejidos **están interrelacionados** y dependen unos de otros.

El **punto clave** de nuestros tratamientos es la **preservación del cartílago articular**, tejido que permite que los huesos deslicen unos sobre otros sin apenas desgaste. Cuando se lesiona, es incapaz de cicatrizar y regenerarse por sí mismo. En consecuencia, nuestro objetivo es prevenir su deterioro conservando su amortiguación (meniscos) y la estabilidad articular (ligamentos). Por tanto, debemos actuar antes de que el cartílago resulte afectado.



### Su función

Aumenta la vida activa de la articulación facilitando el deslizamiento de los huesos y distribuyendo la presión.



### Límites

No cicatriza. Las técnicas actuales producen tejidos cada vez más parecidos al hialino original.



### Objetivo en nuestros tratamientos

Evitar sus lesiones conservando los meniscos (amortiguación) y los ligamentos (estabilidad).



### Tratamiento

Debemos actuar antes de que el tamaño y la profundidad de sus lesiones aumente. De hacerlo, empeora el pronóstico.

## Conceptos actuales en el diagnóstico

- 1 Historia clínica.
- 2 Exploración clínica.
- 3 Pruebas complementarias de imagen.
- 4 Diagnóstico de certeza biomecánico.



# ÍNDICE

*Pulsa sobre cada capítulo para acceder a su contenido.*

1. | Tratamiento de la osteocondritis disecante.
2. | Tratamiento de la osteocondritis disecante mediante injerto autólogo transcondilar con control artroscópico.

# 1 | Tratamiento de la osteocondritis disecante.

La osteocondritis disecante, es en realidad un trastorno del hueso subcondral, que acaba produciendo una barrera que impide la vascularización de un fragmento del mismo, sobre el cual se sitúa el cartílago articular. En función de lo avanzado del proceso haremos el tratamiento correspondiente.

## Fase 1. Fragmento estable.

Nos limitaremos a cruentar la barrera vascular, que limita la vascularización del hueso subcondral situando en lugar del hueso lesionado un injerto fresco procedente del propio injerto.

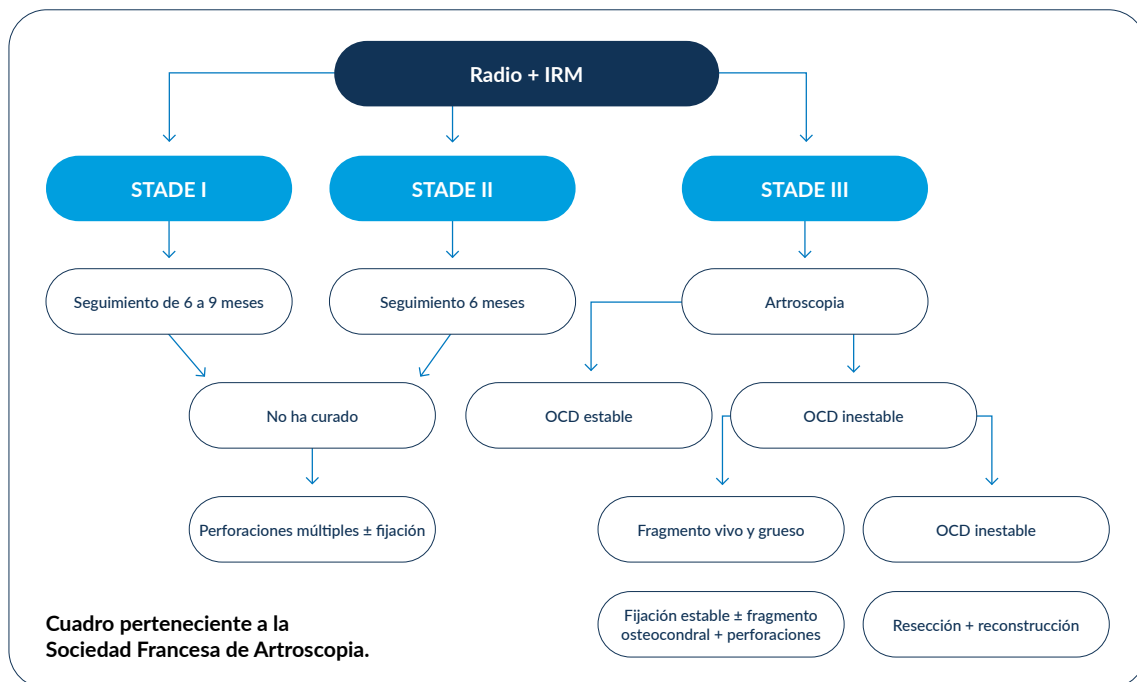
## Fase 2. Fragmento inestable.

Refrescaremos igualmente el hueso necrosado por el defiti vascular, y fijaremos el fragmento con dos tornillos de material absorbente.

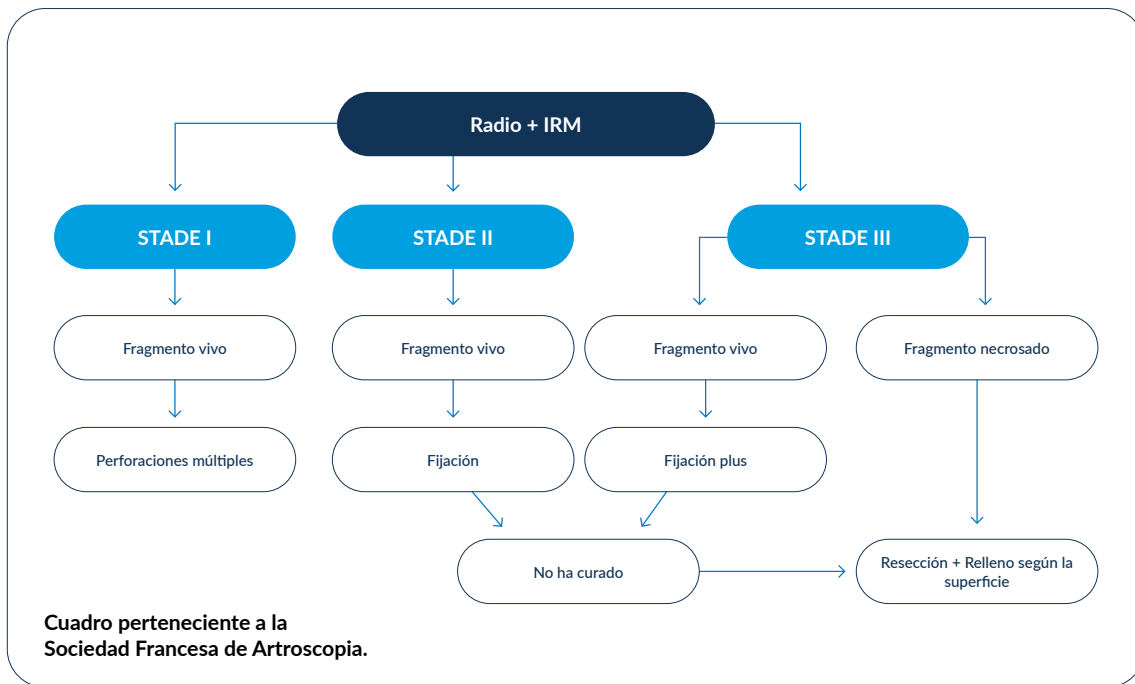
## Fase 3. Fragmento desprendido e inestable.

Trataremos el nicho de la lesión con un injerto en mosaicoplastia proveniente del propio enfermo u opcionalmente de un donante.

### OCD JUVENIL



## OCD EN ADULTO



## Tratamiento de la osteocondritis disecante mediante injerto autólogo transcondilar con control artroscópico.

P.L. Ripoll, M. De Prado, R. Albert, J. Salmerón

### Resumen

Los autores describen una técnica para el tratamiento de la osteocondritis disecante con cartílago hialino íntegro, mediante el fresado y relleno con esponjosa autóloga por vía extraarticular de la de la lesión. Esta técnica se aplicó en ocho casos, con un seguimiento de veinte meses. En su libro sobre patología de la rodilla (1968), smillie considera que el tratamiento de la osteocondritis disecante puede hacerse mediante la ayuda de injertos autólogos. Guhl en 1982 describe el tratamiento de estas lesiones mediante la realización de perforaciones múltiples de 5 mm Y relleno con esponjosa. Sloug en 1991 describe una técnica sistematizada con la introducción de pequeños palillos de cresta iliaca o de tibia y revisa los resultados de 10 casos con RMN.

El objetivo fundamental de la técnica es preservar el cartílago hialino íntegro, sustituyendo el hueso necrótico por hueso autólogo sano.

Esta técnica se realizará en aquellos casos en los que el fragmento osteocondral sea estable, esté in situ y se mantenga íntegro y uniforme el cartílago articular. Se hará siempre después de haber realizado un tratamiento conservador y, sobre todo, en pacientes de más de 12 años, ya que por debajo de esta edad, la mayoría de los autores coinciden en que pueden existir centros de osificación accesorios en los que el tratamiento conservador sería la solución en estos casos. Se indica en todas las lesiones de diámetro superior a 1 cm.

[Leer artículo completo](#)

## Osteocondritis disecante de los cóndilos femorales.

*C. Courtin, F. Chotel, E. Servien, P. Neyret, S. Lustig*

### Resumen

La osteocondritis disecante de los cóndilos femorales es una patología infrecuente. Afecta principalmente a niños varones y a adultos jóvenes. Su etiología es multifactorial y es probable que los factores mecánicos micro traumáticos estén en un primer plano. Se trata de una patología iatrogenia cuando no se logra la cicatrización. Existe una forma juvenil con capacidad de cicatrización, que puede requerir un tratamiento conservador, así como una forma del adulto, que precisa cirugía en la mayoría de los casos. La cirugía tiene como finalidad lograr la cicatrización de la lesión osteocondral mediante una estimulación medular o por injerto óseo y osteosíntesis si el fragmento es inestable. Cuando el fragmento se desprende y existe una pérdida de sustancia osteo-cartilaginosa, la dificultad reside en reconstruir el defecto. Se pueden utilizar muchas técnicas: autoinjertos en «mosaico», aloinjertos, injertos de condrocitos, impulsadas por el auge de los biomateriales, pero con las que aún no se dispone de una experiencia suficiente.

[Leer artículo completo](#)

## 2 | Tratamiento de la osteocondritis disecante mediante injerto autólogo transcondilar con control artroscópico.

Una vez establecido el diagnóstico de certeza de que estamos ante una osteocondritis disecante y teniendo el enfermo clínica coincidente con la de dicho cuadro (una vez transcurrido un periodo prudencial para dar opción a una reabsorción espontánea), realizaremos la técnica diseñada por Ripoll y De Prado del injerto transcondilar, abordando de forma retrograda la lesión para preservar el cartílago articular.

### Tratamiento de la osteocondritis disecante mediante injerto autólogo transcondilar con control artroscópico.

*P.L. Ripoll, M. De Prado, R. Albert, J. Salmerón*

#### **Conclusión**

Nos parece que esta técnica tiene notables ventajas, ya que permite el tratamiento de lesiones osteocondrales grandes preservando el cartílago hialino, y con la ventajas que supone la cirugía artroscópica sin artrotomía, por otro lado, el control permite evitar el cartílago de crecimiento. Los resultados iniciales son buenos y con un alto índice de curación de la zona necrótica.

[Leer artículo completo](#)

En fases más avanzadas de la enfermedad, cuando ya no es posible la realización del injerto transcondilar, nuestro objetivo será evitar a toda costa el desprendimiento del fragmento osteocondral que pueda generar un nicho iatrógeno en el cóndilo articular, procediendo a la fijación del fragmento mediante tornillos reabsorbibles.

En el caso de que el fragmento estuviese desprendido intentaríamos revitalizarlo y fijarlo nuevamente en el nicho de la lesión.



Osteocondritis disecante con tornillo de biocompresión